维普资讯 http://www.cqvip.com

多发性甲状腺结节伴甲状腺癌48例诊治分析

Thyroid cancer concurrent with multiple thyroid nodules: an analysis of 48 cases

周德韶[1],禚守荣[2],孙秋茹[2] (1.解放军第404医院胸外科;2.威海市立医院普通外科,山东 威海 264200)

[关键词] 甲状腺肿瘤;甲状腺结节
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0110-02

诊断多发性甲状腺结节临床较常见[1],以往认为其合并甲状腺癌较少,但临床实践中发现甲状腺多发结节合并甲状腺癌的也不在少数。我院自2000年10月至2006年10月收治甲状腺癌116例,其中多发甲状腺结节并发甲状腺癌48例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例48例,其中男15例,女33例,年龄在19~70岁,平均45岁。其中单侧多发结节者5例,双侧多发结节43例,发现结节至手术时间为1个月至12年,平均2年3个月。术前确诊仅6例,约占12.5%。B超检查:B超检查出甲状腺结节134个,结节数目为2~6个。结节直径为0.3~5.6 cm,核素扫描:48例中有30例术前行甲状腺^{131}I或^{99}Tc扫描,发现冷结节16个、凉结节28个、温结节12个,分别占28.6%、50%、21.4%。穿刺活检和冰冻检查:术前细针穿刺活检16例。48例术中均行冰冻病理切片检查,共发现癌结节68个。

1.2 手术方法

行患侧甲状腺腺叶切除术2例,患侧腺叶加峡部及对侧腺体大部切除术15例,甲状腺全切除术2例,同期加行单侧颈淋巴洁清扫术术27例,双侧颈淋巴结清扫术2例。

2 结果

手术后病理结果:单纯乳头状癌(多发癌灶)8例,良性病变合并甲状腺癌40例,其中结节性甲状腺肿合并乳头状癌为31例,桥本病伴乳头状癌4例,滤泡状腺瘤伴乳头状癌2例,结节性甲状腺肿并滤泡状腺瘤伴乳头状癌1例,桥本病并滤泡状腺瘤伴乳头状癌1例,滤泡状腺瘤伴滤泡癌1例。其中癌灶呈多发性10例。甲状腺多发结节伴甲状腺癌48例,占同期甲状腺癌的41.4%,良性疾病与甲状腺癌并存40例。48例中,乳头状癌占97.9%,多灶性甲状腺癌占20.8%。

3 讨论

多发甲状腺结节中癌的发生率近年报道有增多的趋势,有统计966例甲状腺结节中的甲状腺癌发生率,多发结节为17.8%。本组48例,约占同期甲状腺癌的41.4%。甲状腺多发结节伴甲状腺癌的临床特征是早期临床症状不明显,有报道甲状腺结节逐渐增大而最终成为甲状腺癌者达36.4%,而长期不变者6.4%癌变。因此在治疗过程中对肿块没有变小反而继续增大者应引起重视;对多发甲状腺结节中出现质地较硬、边界不清、或B超检查有细小钙化点的结节,怀疑有恶变可能的应该积极手术治疗。另有颈部放射线治疗史,接触放射线治疗越年轻者越易发生甲状腺癌,发生率可在40%,女性多于男性。本组48例甲状腺多发结节伴甲状腺癌中,男女之比为1:2.2,女性发病相对较高。对年龄较大的甲状腺多发结节最好能够手术治疗。甲状腺多发结节中可为多种疾病并存,并有多灶性和多发甲状腺癌。

甲状腺多发结节的影像学检查主要有B超、甲状腺扫描和X线等。高清晰度彩超对甲状腺结节的大小、囊实性及定位诊断准确度很高,有报道可检出直径为3 mm的实性结节,但对甲状腺癌诊断大多缺乏特异性[2-3]。病理学诊断主要是细针抽吸活检(FNAC)和术中冰冻检查,是鉴别结节良恶性的最有效方法。手术中冰冻病理切片检查能够最终明确甲状腺结节的病理性质,并指导手术方式[4]。术中冰冻切片对甲状腺良性结节诊断准确率为91%,恶性结节准确率为100%。本文对48例134个甲状腺结节都作了快速冰冻切片,发现癌结节68个,与手术后石蜡切片对照,诊断准确率达99%。故在手术中获得了较明确的诊断。对术中冰冻应注意以下几点:①术中发现肿块质硬切面成灰白色或鱼肉样,以及与周围组织粘连和周围淋巴结肿大者应立即送冰冻检查。②术中对双侧甲状腺均仔细探查。③如术中发现有癌结节时对其它并存结节更要提高警惕。④在取材时应避开坏死液化组织而取较硬的实性组织而且取材范围要足够。⑤对冰冻可疑病例尽量做到一侧甲状腺全切加上峡部切除。

甲状腺多发结节伴甲状腺癌的治疗对于甲状腺多发结节伴甲状腺癌的治疗,基本上同单发的甲状腺癌,可将患侧腺体连同峡部全部切除,对侧腺体大部切除;已有颈淋巴结转移的,同时行功能性颈清扫术。对于直径<1 cm的微小癌,可作患侧腺叶切除,对侧腺体视有无甲状腺结节及其性质确定手术切除范围。

[收稿日期] 2007-01-17 [修回日期] 2007-02-12

[参考文献]

[1] 周素梅,张筱骅.甲状腺多发结节伴甲状腺癌的诊治分析[J].临床肿瘤学杂志,2005,10(2):186-188.
[2] 李 晶,苏庆华.多发甲状腺的高频超声图像分析[J].中华超声影像学杂志,2002,11(8):507-508.

维普资讯 http://www.cqvip.com

[3] 李冰茹,关新全,李剑秋.甲状腺癌超声诊断及误诊分析[J].局解手术学杂志,2005,14(3):196-197.
[4] 杨 齐,张士淮.多发性甲状腺结节伴甲状腺癌23例的临床分析[J].中华普通外科杂志,2002,17(5):293-294.

(编辑:郭光金)

破裂性腹主动脉瘤3例抢救体会

张玉波,白文彬,李 君 (鹤岗市人民医院普通外科,黑龙江 鹤岗 154101)

[关键词] 腹主动脉瘤;手术
[中图分类号] R543.16 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0111-01

腹主动脉瘤是一种老年病,也是最常见的动脉瘤,其最严重的并发症是破裂。一旦破裂,则是一种极其凶险的病,需立即手术,我院自2000年至今,手术抢救腹主动脉瘤破裂3例,2例抢救成功,1例死亡,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例1,男,56岁,突发上腹部疼痛1 h入院,颜面苍白,血压80/60 mmHg,B超,腹主动脉瘤,腹腔积液,腹腔穿刺,抽出不凝血2 ml。手术证实腹主动脉瘤前壁破裂,腹腔积血约2 500 ml。病例2,男,76岁,高血压病史20年,突发脐周疼痛2 h入院,脐周可触及搏动性包块,血压160/95 mmHg,B超腹主动脉瘤,腹腔无积液;CT腹主动脉瘤,腹膜后血肿。手术证实腹主动脉瘤后壁破裂,腹膜后巨大血肿。病例3为女性,58岁,突发上腹部疼痛1 h入院,脐周可触及搏动性包块,血压110/80 mmHg,B超腹主动脉瘤,腹腔少量积液。手术证实腹主动脉瘤前壁破裂,裂口被血栓堵塞,腹腔积血约500 ml。

1.2 手术方法

所有病例均急诊手术,在全麻下行腹部正中切口,均首先游离小网膜囊,显露膈下腹主动脉并阻断后[1],立即切开后腹膜进入瘤腔,将Foley导尿管送至瘤颈口及双髂总动脉开口处并充盈球囊阻断血流,然后开放膈下腹主动脉阻断钳,恢复腹腔内脏血供后[2],再按类似择期手术操作,完成动脉瘤切除,人工血管置换术。所有病例均急诊手术成功,1例术后3 d死于多器官障碍综合征(MODS);2例抢救成功,20 d后出院。随访6~18个月,人工血管通畅,无并发症发生。

2 讨论

腹主动脉瘤是最常见的动脉瘤,其最严重的并发症是破裂。一旦破裂,极其凶险,需立即手术,如抢救成功愈后较好。腹主动脉瘤破裂的患者中20%是直接破裂至腹腔,多数根本来不及到医院就死于失血性休克,但80%的腹主动脉瘤破裂出血先局限于腹膜后间隙,随着出血量的增加再破入腹腔,这就为临床抢救留下了宝贵的时机。近年来,由于手术操作技术的改进[3],腹主动脉瘤破裂抢救成功率提高,如何正确的抓住这一时机,并采取积极、恰当的处理,是降低手术死亡的关键。现将我院抢救破裂性腹主动脉瘤3例体会总结如下:突发的剧烈腹痛和腰痛、血压降低或休克、腹部搏动性包块是动脉瘤破裂的三联症,纠正休克的同时行B超或CT平扫即可,无需做更复杂的检查,以免失去抢救时机,对于以往有腹主动脉瘤病史,低血压严重者,直接开腹手术。

以最快的速度控制出血是手术抢救的关键。开腹后打开小网膜囊腔、显露膈下腹主动脉并阻断,常规切开后腹膜进入瘤腔,手指指引或直视下用Foley导尿管送至瘤颈口及双髂总动脉开口处并充盈球囊阻断血流,然后开放膈下腹主动脉阻断钳,恢复腹腔内脏血供后,再按类似择期手术操作,完成动脉瘤切除,人工血管置换术。这样不但迅速控制了出血,而且极大地缩短了腹腔内脏缺血时间,减少了肾衰等并发症发生的机率。

此外,麻醉时常规进行深静脉插管,不仅便于快速输液,而且便于掌握中心静脉压的高低以调节输液速度,从而减少心衰的发生率。另外,在血容量充足时,适当使用利尿剂以保证尿量充足,从而减少因低血压及膈下阻断腹主动脉等因素刺激而继发肾衰的几率,提高抢救的成功率。

[参考文献]

[1] 段志泉.实用血管外科学[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1999.282-287.
[2] 陈福真,王玉琦,符卫国,等.237例肾动脉水平以下腹主动脉瘤手术治疗经验[J].中华外科杂志,1998,36(1):15-17.
[3] 陈福真.有关腹主动脉瘤治疗中的若干问题[J].临床外科杂志,1994,2(4):175-177.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期] 2006-12-18 [修回日期] 2007-03-01